

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N°111

QUELQUES CAS
DE
MALFORMATION CONGÉNITALE
DU VAGIN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Mars 1920

PAR

CHAMPEIL (Marie-Jules-Florentin-Félix)

Né à Pleaux (Cantal), le 31 août 1892

Ancien interne des hôpitaux de Clermont-Ferrand

Décoré de la Croix de Guerre (4 citations)

Pour obtenir le Gradé de Docteur en Médecine

**Examineurs
de la Thèse**

{	TÉDENAT, Professeur, <i>Président.</i>	}	<i>Assesseurs.</i>
	DE ROUVILLE, Prof. adj.		
	P. DELMAS, Agrégé.		
	ÉTIENNE, Agrégé.		

MONTPELLIER

“ L'ABEILLE ” IMPRIMERIE COOPÉRATIVE

14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1920

QUELQUES CAS
DE
MALFORMATION CONGÉNITALE
DU VAGIN



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N°111

QUELQUES CAS DE MALFORMATION CONGÉNITALE DU VAGIN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Mars 1920

PAR

CHAMPEIL (Marie-Jules-Florentin-Félix)

Né à Pleaux (Cantal), le 31 août 1892

Ancien interne des hôpitaux de Clermont-Ferrand

Décoré de la Croix de Guerre (4 citations)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

TÉDENAT, Professeur, *Président*,
DE ROUVILLE, Prof. adj.
P. DELMAS, Agrégé.
ÉTIENNE, Agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER

“ L'ABEILLE ” IMPRIMERIE COOPÉRATIVE

14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*)	DOYEN.
SARDA (*)	ASSESEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. *).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. *).
Physiologie.....	TEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DUCAMP' (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEI. (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIBES (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (♂).
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (♂).
Microbiologie.....	N...
Pathologie interne.....	N...
Clinique médicale.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, profes. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (O. * ♂), a. l. c. c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN * ♂ a. l. ch. d. c.
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé (ch. de c.).
Clinique annexe des maladies des vieillards...	EUZIERE, agrégé (ch. de c.).
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé (c. d. c.).
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé (c. d. c.).
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (* ♂) (Dr) (c. d. c.).

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELTT (*).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	PECH (*) ch. d'ag.
GAUSSEL (* ♂).	J. DELMAS (♂).	
RICHE.	RIMBAUD (*).	

Examineurs de la thèse :

MM. TEDENAT, prof., présid^t; DE ROUVILLE, prof. adj^t; P. DELMAS, agrégé;
ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE LE DOCTEUR CHAMPEIL

EX-INTERNE PROV. DES HÔPITAUX DE PARIS

*Je les prie de regarder ce travail
comme un faible témoignage d'affec-
tion et de reconnaissance.*

A MES SOEURS

A MON FRÈRE LE DOCTEUR PIERRE CHAMPEIL

A MON ONCLE LE DOCTEUR JULES CHAMPEIL

EX-INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

MEIS ET AMICIS

J. CHAMPEIL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES

J. CHAMPEIL.

AVANT-PROPOS

Lorsque le canon eut cessé de gronder sur les champs de bataille et que nous fûmes rendu à la liberté, nous eûmes hâte de compléter nos études médicales. Nous choisîmes à cet effet l'antique Faculté de Montpellier, qui a donné à la médecine, dans le cours des siècles écoulés, tant de médecins illustres. Là, nous avons suivi les savantes leçons de nos maîtres. Nous leur adressons à tous, et plus particulièrement à M. le professeur Tédénat, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nos plus profonds sentiments de gratitude.

Ces maîtres ne nous en voudront pas d'être venu puiser à Clermont, où nous avons passé nos premières années d'études médicales, les matériaux de notre thèse indugurale.

M. le professeur Bousquet, dont nous avons été l'interne, a été notre guide et le maître qui s'est dépensé le plus pour nous inculquer les notions les plus variées de nos études médicales. Nous nous sentons impuissant à le remercier de tout le bien qu'il nous a fait.

M. le professeur Piollet, dont nous fûmes l'assistant pendant quelques mois de notre mobilisation, a bien voulu nous aider de ses lumières et de ses conseils; qu'il reçoive l'assurance de notre plus profonde reconnaissance.

Nous n'oublierons pas non plus les bonnes leçons de MM. les professeurs Billard, Bug, Lepetit, Maurin, Moureyre.

QUELQUES CAS
DE
MALFORMATION CONGÉNITALE
DU VAGIN

INTRODUCTION

A notre retour des armées, il nous fut permis d'observer quelques cas de malformation congénitale du vagin. Il nous a paru bon de les étudier.

Très rapidement, nous rapporterons quelques notions embryologiques, ce qui nous permettra d'expliquer ces anomalies et d'établir une échelle de gravité parmi les observations que nous avons pu recueillir.

L'étiologie et la pathologie seront passées en revue. Nous exposerons ensuite les cas :

1° De l'imperforation de la partie inférieure du vagin.

2° Du rudiment du vagin avec présence à la partie inférieure d'un canal vestibulaire développé ; ces deux parties sont séparées par un diaphragme, à quelques centimètres de hauteur.

3° Du premier degré de l'absence de vagin, répondant à la définition donnée par Pozzi : « Entre l'urètre et le rectum, il n'existe que du tissu conjonctif. » Une toute petite poche est appendue au col.

4° D'un degré plus avancé d'absence de vagin, coïncidant avec la disparition d'un ovaire, d'une trompe et de la moitié de l'utérus du même côté.

Enfin, dans le même ordre d'idées, nous présentons :

a) Deux observations de cloisonnement du vagin.

b) Une observation d'abouchement anormal du rectum dans le vagin.

C'est donc à peu près tout le chapitre des malformations congénitales que nous passons en revue. Nous nous efforcerons de fixer la conduite à tenir dans chaque cas particulier et de tirer les conclusions générales de l'ensemble de cet exposé.

EMBRYOLOGIE

Le sinus uro-génital va donner, chez l'être femelle, le vagin et l'urètre (Pozzi).

1° Dans un premier stade, le sinus uro-génital dérive du cloaque, aboutissant commun de la partie terminale de l'intestin et de la vésicule allantoïde. Or cette cavité, cloaque, va bientôt être divisée en deux parties, grâce à la progression de l'éperon génital : c'est le phénomène du cloisonnement. De ce fait nous avons d'un côté le rectum et l'anus, de l'autre le sinus uro-génital. Ces deux cavités sont séparées par un pont, l'ébauche du périnée.

2° Dans un deuxième stade, nous commençons à percevoir la différenciation des sexes. Des modifications notables apparaissent sur la partie inférieure du sinus uro-génital dans laquelle sont venus s'aboucher les canaux de Müller. Cette partie inférieure s'élargit considérablement en même temps qu'elle s'évase en quelque sorte à l'extérieur pour former le vestibule de la vulve. Cette partie inférieure extériorisée du sinus uro-génital présente : en avant, l'orifice de la partie supérieure du même sinus qui est devenu le canal de l'urètre ; en arrière, l'orifice des deux canaux de Müller, fusionnés en un seul pour former le vagin.

Il s'est donc fait un cloisonnement à peu près identique à celui de la séparation du rectum et du vagin.

Nous avons donc maintenant trois conduits : l'urètre, le vagin et le rectum.

Nous avons parlé des conduits de Müller. Parallèlement disposés dans le cordon génital, ils se sont accolés. Puis, progressivement, les parois en contact l'une de l'autre disparaissent et nous avons une seule cavité. On l'a nommée canal de Leuckhart.

Plus tard, vers le cinquième mois, apparaît un bourrelet qui divise le canal unique en portion supérieure qui deviendra l'utérus, portion inférieure qui sera le vagin. Le bourrelet donnera le col.

La partie inférieure du vagin va en quelque sorte s'invaginer à sa partie terminale et déterminera ainsi la formation d'une véritable valvule qui constitue l'ébauche de l'hymen.

Malgré l'opinion de Hoffmann, et même de Tourneux et Legay, il est actuellement admis que les canaux de Wolff ne participent pas à la formation du vagin.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Jadis, on considérait les malformations congénitales comme de simples caprices de la nature.

Depuis les travaux de Meissner, Küssmaul, Le Fort et Fürst, on est d'avis que :

La cause initiale des anomalies est l'arrêt de développement embryonnaire. « A une anomalie correspond une époque à peu près exacte dans le développement embryonnaire. » (Fürst)

Les causes prédisposantes sont très obscures. Il n'est pas douteux que l'hérédité collatérale n'entre souvent en jeu. Squarey rapporte le cas de trois sœurs qui n'avaient jamais eu de règles et dont les trois tantes étaient stériles.

La cause immédiate, la condition anatomique de la malformation, est, dans l'immense majorité des cas, un simple arrêt dans l'évolution morphologique ou dans la croissance organique. Entre ces deux catégories de faits, il importe de faire une distinction. Dans la première, l'organe, tout en présentant le type fœtal, peut avoir des dimensions adultes ; dans la seconde, l'organe, ayant le type adulte, a été atteint d'aplasie, il est resté plus petit, en totalité ou dans certaines de ses parties.

**Imperforation de la partie inférieure du vagin
avec hémato-colpos**

OBSERVATION I

(Inédite.— Due à l'obligeance de M. le Dr Bousquet)

R... Andrée, 18 ans, domestique.

Cette jeune fille entre à l'hôpital le 29 décembre. Elle se plaint de douleurs abdominales, dont elle fait remonter le début au mois de mai. Ces douleurs sont accrues périodiquement tous les mois à la même époque.

L'examen des organes extérieurs permet de reconnaître un cloaque très étroit, peu profond, qui reçoit à peine la première phalange de l'index. Cet examen est douloureux et ne peut être fait complètement que sous chloroforme. En dilatant ce cloaque avec un speculum de vierge, on aperçoit à quatre centimètres environ une cloison qui ferme complètement la cavité. Au centre est la trace d'un début de formation d'orifice.

L'hystéromètre ne pénètre pas. La malade n'a jamais eu d'écoulement menstruel.

Par le toucher rectal, on sent une tumeur du volume d'un œuf d'oie et tombant dans le rectum. Il semble que ce soit une poche remplie de liquide.

Cette malade est amenée à la salle d'opération et anesthésiée au chloroforme. En écartant les bords du cloaque, on arrive à une membrane très tendue. On saisit ce diaphragme avec trois pinces de Kocher, on la sectionne, puis on introduit par l'ouverture des ciseaux,

dont on écarte les branches. Aussitôt s'écoule un liquide noirâtre sirupeux, qu'on reconnaît facilement pour du liquide menstruel.

On nettoie la cavité par un grand lavage et on laisse à demeure, pendant quelques jours, une compresse de gaze iodoformée. Douze jours après l'intervention, la malade quitte l'hôpital, guérie.

OBSERVATION II

(Inédite.— Due à l'obligeance de M. le Dr Piollet)

Fillette A. D..., 12 ans, de Charbonnières-les-Vieilles (Puy-de-Dôme).

Bonne santé habituelle.

Mère bien portante, réglée à 12 ans, pas de sœur.

Il y a deux mois, crise douloureuse qui dura 1 semaine et fut suivie de rétention d'urine, nécessitant le sondage.

3 semaines après, nouvelle crise, plus forte, nécessitant encore le sondage, avec coliques et vives douleurs.

Enfin, 3 semaines plus tard, nouvelle crise de coliques dans le bas-ventre, avec encore rétention d'urine; c'est à la suite de cette dernière crise que la malade fut adressée au docteur Piollet par le docteur Papon.

13 juin 1906.— Examen : Enfant bien conformée d'autre part. Vulve bien formée, présentant un orifice vaginal, mais, à 1 centimètre au-dessus, il y a une membrane bombant vers l'extérieur, paraissant retenir une collection liquide. Cette membrane paraît peu épaisse, mais tout le tour il y a un sillon profond d'un centimètre,

dans lequel n'existe aucune perforation, car le stylet ne pénètre pas.

Au toucher rectal, on sent une grosse tumeur molle, fluctuante, du volume du poing au moins, remontant à mi-chemin de l'ombilic et du pubis. Cette tumeur est coiffée par une petite masse plus dure, rejetée un peu à gauche, et qui paraît être l'utérus.

Urètre, méat et clitoris normaux.

15 juin 1906.— Opération à la villa St-Amable. Chloroforme. Incision de la membrane obturant le vagin : il ne s'agit pas de l'hymen, car cette membrane est à une certaine distance de l'orifice inférieur du vagin. Son incision permet de reconnaître : 1° la muqueuse du vestibule; 2° du tissu cellulaire sous-muqueux; 3° la muqueuse vaginale. A l'incision, écoulement d'un demi-litre environ de liquide jaune-brun, filant, glaireux, comme gluant, sans odeur. L'orifice est agrandi en forme d'Y, et des points de suture au catgut sont mis aux deux bords latéraux et aux deux extrémités. Tamponnement de la cavité vaginale.

17 juin.— Ablation des mèches.

24 juin.— La fillette rentre dans sa famille, guérie: il reste encore un écoulement vaginal abondant. Au toucher vaginal, le doigt sent un col utérin petit, au fond d'une cavité vaginale encore très grande et très extensible.

Depuis les règles sont survenues régulièrement, sans incident.

OBSERVATION III

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. le Dr Piollet)

Fillette L..., 13 ans.

Douleurs abdominales depuis trois mois, revenant chaque mois. Gêne de la miction, sans rétention complète.

Examen : Enorme tumeur remontant à l'ombilic. La vulve montre une imperforation totale du vagin, sans orifice. Au point où devrait être cet orifice, la tumeur fait saillie et bombe nettement.

11 octobre 1913. — Opération à la villa St-Amable. Excision de la membrane obturant l'orifice vaginal : cette membrane est dure et épaisse. Il s'écoule 2 litres environ de liquide rouge et noirâtre. Pas de suture. Mèche vaginale.

Guérison en quelques jours, sans incident.

OBSERVATION IV

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. le Dr Piollet)

Fillette B..., 14 ans.

Douleurs abdominales depuis près de 6 mois, survenant par crises de 5 à 6 jours, chaque mois, et augmentant progressivement de violence et de durée.

Examen : Fillette grande et bien conformée. La vulve

ne présente pas d'orifice vaginal. On ne voit pas d'hymen. Il existe une assez grosse tumeur formée par le vagin distendu, remontant à mi-chemin de l'ombilic et du pubis.

1^{er} novembre 1913. — Opération à la villa St-Amable. Simple incision de la membrane obturant le vagin. Ecoulement d'un litre environ de liquide rougeâtre inodore. Mèche dans le vagin.

Guérison sans complications.

A la sortie, 8 jours après, on constate que le vagin est encore très extensible ; on sent le col utérin au fond de la cavité vaginale. L'utérus est normal.

Rudiment de vagin

OBSERVATION V

(Inédite)

V. M..., 26 ans, femme de chambre.

Cette femme est mariée. Les rapports sexuels étant impossibles, elle entre à l'hôpital dans le service de M. le docteur Bousquet.

A l'interrogatoire, elle nous apprend qu'elle souffre de temps en temps, et qu'elle n'a jamais d'écoulement menstruel.

A l'examen, nous trouvons un orifice vulvaire très large. La vulve paraît normale.

Au toucher, nous arrivons au fond d'un cul-de-sac profond de cinq centimètres environ. Nous avons la

sensation très nette d'une membrane très tendue et très résistante.

Au toucher rectal, nous sentons une masse globuleuse, dure, assez volumineuse, que nous pourrions confondre avec un corps fibreux.

Le 5 février, l'intervention est décidée. La femme est anesthésiée au chloroforme.

Après avoir écarté les bords de l'orifice vulvaire nous apercevons une membrane qui paraît être le fond de l'hématocolpos. A l'aide d'un trocart nous faisons une première ponction et retirons un liquide noirâtre, sirupeux. Dès que la cavité est à peu près vidée nous introduisons une pince de Kocker dont on écarte les branches. Cette fois, tout le liquide s'écoule. La cavité est largement irriguée, et nous dilatons de notre mieux le canal.

Nous laissons une compresse de gaze iodoformée à demeure.

La malade sort guérie quelques jours après l'intervention.

La partie médiane du vagin manquait. Les deux tronçons étaient séparés par une membrane.

L'explication paraît simple. Il y a eu arrêt de développement du vagin müllerien et développement compensateur du canal vestibulaire qui est allé à la rencontre du premier et qui n'a pu fusionner avec lui.

Absence de vagin (1^{er} degré)

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le D^r Piollet)

L... de R..., 14 ans, envoyée par M. le docteur Ch. Gourdiat.

Cette fillette éprouve des douleurs abdominales persistant depuis plusieurs mois. Elle éprouve des coliques durant trois ou quatre jours, et se produisant périodiquement chaque mois. Elle n'a aucun écoulement de sang.

Le dernier mois, les douleurs sont plus vives. Elle garde le lit, puis se confie aux soins de M. le docteur Piollet.

A l'examen, cette fille est grande pour son âge, bien constituée ; ses seins sont bien fournis.

La vulve est normale. Les grandes et petites lèvres sont bien conformées ; le clitoris et le méat réguliers.

Au-dessous, on n'aperçoit pas d'orifice : aucune apparence d'hymen, pas de saillie.

Par le toucher rectal, on sent très haut, à 10 ou 12 centimètres environ, une tumeur globuleuse de la grosseur d'une mandarine, douloureuse au toucher. Au-dessus d'elle se trouve une petite saillie.

L'interprétation est simple. Nous avons un hémato-colpos, surmonté d'un utérus infantile.

Rien de spécial au palper abdominal.

L'opération est faite en deux temps.

1^o Le 2 avril 1919, la fillette est anesthésiée à l'éther. On fait une incision longitudinale du vestibule. On creuse prudemment un tunnel par dissection au ciseau, puis par décollement entre le rectum, l'urètre et la vessie jusqu'à 10 centimètres environ. Il y a un écoulement sanguin abondant. On arrête l'intervention. On tamponne la cavité creusée. Aucune réaction.

2^o Le 5 avril, la fin de l'intervention est pratiquée. On enlève le tampon et on s'éclaire avec une lampe frontale. Prudemment on progresse après avoir eu soin de repérer l'urètre par une sonde à demeure et introduit un doigt dans le rectum.

On arrive sur la poche : On l'incise au fond du décollement. Aussitôt s'écoule un sang noirâtre, non coagulé.

A l'aide de pinces de Kocher, on saisit les bords de l'incision et on attire en bas. Facilement les bords arrivent à l'orifice vulvaire. On suture par huit points séparés, aux tendons de Rennes.

L'examen du fond de la cavité permet de voir un col utérin tout petit, mais bien conformé.

Les suites de l'opération sont simples. Les sutures ont tenu, on a pu créer ainsi un vagin de 6 à 8 centimètres de long, bien perméable, permettant l'introduction de l'index.

Absence complète de vagin (2^e degré)

OBSERVATION VII

[Inédite]

M... M..., 25 ans, domestique.

Cette observation est déjà ancienne. La malade vient à l'hôpital parce qu'elle souffre dans le bas-ventre. Les douleurs sont assez vives et se renouvellent périodiquement.

A l'examen, on reconnaît des lèvres à peu près normales, une vulve bien conformée. Cependant on ne trouve aucune perforation.

Le toucher rectal ne donne aucun renseignement, on ne sent absolument rien permettant de penser à la présence d'organes génitaux.

Les seins sont suffisamment développés. La malade a de fréquentes envies d'uriner.

Le chef de service décide l'intervention et fait une laparotomie.

On se trouve en présence d'un utérus rudimentaire qui se perd dans le ligament large. Il a 3 centimètres de longueur et est situé à gauche ; sa direction est à peu près transversale. Du même côté on reconnaît un ovaire assez volumineux, une trompe atrophiée.

Du côté droit on ne trouve absolument rien, pas d'ovaire, pas de trompe.

Le vagin fait complètement défaut.

L'exploration terminée, on cherche à créer un vagin

artificiel. Pour cela on fait une incision en H entre les lèvres de la vulve pour pouvoir utiliser les lambeaux de peau. Les fibres sont dissociées, on progresse prudemment et on arrive enfin sur le col utérin.

Les parois du canal créé sont tapissées du mieux que l'on peut.

Le vagin est bourré à la gaze iodoformée et cela jusqu'à cicatrisation complète.

Un mois après l'intervention, la femme est à peu près guérie et demande à sortir.

Malheureusement, nous n'avons pu la revoir pour constater un an après les résultats de l'opération.

DISCUSSION

Les malformations congénitales peuvent être classées, suivant que l'arrêt de développement est survenu à telle ou telle époque de la vie embryonnaire. L'absence complète de vagin, associée à un manque d'organes génitaux d'un seul côté, marque le défaut d'un canal de Müller ; l'absence de vagin, le manque de développement de la partie inférieure de ces mêmes canaux.

Pour les cas que nous présentons, nous pouvons conclure :

Au point de vue anatomique, ces malformations représentent quatre faits bien différents, correspondant à des époques bien distinctes dans le développement *in utero*. L'anomalie la plus sérieuse est la plus rapprochée de la conception ; la moins, la plus éloignée.

Au point de vue gravité, nous n'accepterons pas la même classification. Nous nous trouvons en présence de deux faits. D'un côté, la menstruation est normale ; seul, l'écoulement fait défaut. D'un autre, l'atrophie génitale existe, la fonction est diminuée, sans toutefois avoir un écoulement.

Le pronostic ne nous paraît donc plus le même, ainsi que la conduite à tenir.

Tout dépend de l'état de l'utérus. Si cet organe est bien développé, il surviendra au moment de la puberté des accidents d'hématométrie. Le liquide s'accumulera et nous aurons un hémato-colpos. Il faut donc intervenir.

Que ce soit dans l'imperforation de la partie inférieure du vagin, que nous avons l'habitude d'appeler trop facilement imperforation de l'hymen ;

Que ce soit dans les cas d'atrésie, dont les conséquences sont les mêmes que dans le cas précédent ;

Que ce soit dans le cas de rudiment du vagin, pourvu que l'utérus soit à peu près normal, il nous semble que l'incision, l'abouchement à la vulve, s'il y a lieu, la dilatation, suffiront à atteindre le but que l'on se propose.

Cependant, il est des cas où la malade demande plus : un vagin artificiel. Schöder, Hegar inclinaient pour le refus de l'intervention en insistant sur ses dangers et le risque de s'égarer et de blesser les organes voisins. Le Fort fit judicieusement observer qu'il est des circonstances où une opération de complaisance pouvait devenir une opération de nécessité.

Amusat fut le premier à intervenir. Si on se décide à faire le vagin artificiel, on procédera avec les plus grandes précautions au décollement du rectum, en s'aidant surtout des doigts. Dès que les parties molles auront été divisées, on procédera pas à pas, par une sorte de dissection et dilacération combinées. Un doigt sera maintenu dans le rectum et une sonde sera placée dans la vessie.

Arrivé assez profondément, à 6 ou 8 centimètres, on procédera au second temps de l'intervention. On revêtira de tégument le fond de l'infundibulum créé. Pour cela on utilisera le décollement et le glissement de la muqueuse et de la peau qu'on aura eu soin de ménager, en faisant

une incision transversale et deux petits débridements latéraux en II. Le canal artificiel sera bourré et le tamponnement maintenu jusqu'à cicatrisation parfaite.

Malgré toutes les précautions, le fond de la cavité n'est pas aisément tapissé par la greffe, et le tissu cicatriciel refoule le lambeau, comble peu à peu la cavité. Heureusement, l'œuvre du chirurgien trouve un auxiliaire précieux dans la pratique quotidienne du coït, qui chez certaines opérées donnent des résultats inespérés (Richet).

Pour mémoire, nous citerons Mackenrodt qui a tapissé les parois avec des muqueuses vaginales, prises à des femmes atteintes de prolapsus; Blondel qui a utilisé les pellicules obtenues par l'application de vésicatoires.

De nos jours une technique nouvelle est apparue. En 1904, Baldwin donna les détails d'une vaginoplastie plus originale.

Par laparotomie, on va sur une anse grêle très mobile. On en coupe 20 centimètres environ et on rétablit la circulation intestinale. Nous avons donc une portion de l'intestin toujours appendue au méso, avec ses vaisseaux : nous pourrons nous en servir pour la confection du vagin.

Après avoir créé, par décollement, un canal cellulaire jusqu'au Douglas, on saisira l'anse avec une pince et on l'amènera très bas, le plus près possible de la vulve. On fera un abouchement en bas et un autre au col de l'utérus.

C'est donc bien un canal que l'on a créé.

Baldwin saisissait l'intestin par la partie convexe et dans ce cas on avait deux vagins. Mori conseilla de le saisir non plus par le milieu mais par une extrémité, et on avait ainsi un seul vagin. Cependant, cette méthode qui paraît la plus simple offre quelques difficultés. C'est

pour cela que Quénu et Schwartz ont proposé de saisir les parois intestinales, non plus au milieu, non plus à une extrémité, mais dans une place intermédiaire. On avait ainsi un petit cul-de-sac d'un côté et un vagin unique de l'autre.

Nous ne discuterons pas la qualité du procédé, nous remarquerons le sérieux de l'intervention. Nous croyons qu'il est exagéré de proposer une opération de ce genre, surtout lorsqu'il s'agit d'une complaisance.

En définitive, chaque fois que les organes génitaux existants peuvent remplir leurs fonctions, il importe de les conserver et de faire telle ou telle intervention, la plus simple, la moins dangereuse.

Cloisonnement du vagin

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. le Dr Bousquet)

J... M..., domestique, 21 ans:

Cette malade entre à l'hôpital quelques jours après son mariage.

Elle a été réglée à 14 ans : ses règles ont toujours été normales et peu douloureuses.

L'examen donne peu de renseignements. Les organes génitaux externes sont normaux.

Par le toucher vaginal, on arrive à un infundibulum de 4 centimètres environ de profondeur. L'examen au speculum montre au fond du cul-de-sac une sorte de

cicatrice avec des bourgeons charnus, saignant facilement et ayant de chaque côté un orifice par lequel s'écoulent les règles. L'hystéromètre est facilement introduit par les deux orifices.

Par le toucher rectal, on reconnaît à quelques centimètres au-dessus du fond de l'infundibulum le col utérin.

La malade est anesthésiée au chloroforme. A l'aide d'un dilateur, on écarte les rebords vulvaires et au thermocautère on excise la cloison, qui est épaisse et qui remonte jusqu'au col utérin.

La cavité est tamponnée et la malade sort quelques jours plus tard, guérie.

Dans ce cas, les canaux de Müller se sont bien rapprochés l'un de l'autre, mais les parois en contact n'ont pas disparu de façon à faire un seul canal.

Nous nous empressons de dire que le pronostic de cette malformation est bénin. Elle est un obstacle à la copulation. L'opération est simple.

OBSERVATION IX

(Inédite)

**Vagin bifide. — Impossibilité d'accomplir l'acte conjugal.
Section de la bride. — Guérison.**

En 1896, le docteur Bousquet est consulté par un jeune ingénieur de ses amis, marié à une fort jolie personne, présentant tous les attributs de la jeune et jolie

femme, et lui raconte que, malgré tous ses efforts, il est obligé de rester à l'entrée du sanctuaire de l'amour, dans lequel il lui est impossible de pénétrer.

Le plaignant étant fort bien constitué à tous les points de vue, il fallait conclure à priori que, malgré les belles apparences de la partie adverse, c'était elle qui devait être la déficiente.

A l'examen, le docteur Bousquet reconnut l'existence de deux cavités vaginales distinctes, ou mieux d'une cavité vaginale séparée en deux par une cloison médiane. Au-dessus, tout à la partie supérieure du vagin, on sentait un utérus qui, par le toucher rectal, paraissait normal. Était-il lui aussi cloisonné? L'avenir devait se charger de répondre.

Pour détruire la membrane, le professeur Bousquet eut recours à l'entérotome de Dupuytren, dont une des branches fut appliquée de chaque côté de la cloison et laissée en place jusqu'à sa chute.

Les clients ayant quitté Clermont, le docteur Bousquet n'en avait plus eu de nouvelles. Lorsqu'un an après environ, il reçut une superbe boîte de dragées et une lettre de faire part de la naissance d'un gros garçon, preuve vivante que l'intervention pratiquée avait donné toute satisfaction aux auteurs de ses jours.

Abouchement anormal du rectum dans le vagin

OBSERVATION . X

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. le Dr Piollet)

X..., 26 ans.

Cette jeune fille vient consulter le docteur Piollet pour abouchement anormal du rectum dans le vagin. Elle dit que dans son enfance elle a subi une opération qui n'a donné aucun résultat.

Actuellement, on trouve à l'examen un petit orifice anal bien formé, situé à la face postérieure du vagin, à un centimètre au-dessus de l'extrémité inférieure du vagin.

La continence de cet anus est bonne, la défécation se fait normalement; les gaz sont bien maintenus. Les règles sont régulières, indolores; l'utérus et les organes génitaux normaux.

Opération le 18 novembre 1919. Anesthésie générale à l'éther.

Dans un premier temps, on fait la ligature de l'anús anormal par un point en bourse à la soie. On dissèque cet anus et l'ampoule rectale dans sa partie inférieure.

Dans un deuxième temps, on fait une incision verticale médiane au périnée, au point exact où on voudra transplanter l'anús.

Dans un troisième temps, on amène l'anús normal à l'aide de pince à l'endroit qu'il devra occuper. La muqueuse est suturée à la peau par des fils de lin.

Enfin, dans un dernier temps, on détruit l'ouverture anormale dans le vagin, et cela en excisant les bords et en les réunissant par deux points de catgut et trois crins.

La transplantation a très bien réussi. Seuls les crins de la suture du vagin n'ont pas tenu. Toutefois la muqueuse s'est réunie secondairement.

Cette jeune fille a éprouvé de la difficulté pour aller à la selle, ne sachant pas pousser. Lorsque la cicatrisation est parfaite, on fait de la dilatation aux bougies de Hegar.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. TRAITEMENT

Le diagnostic de ces malformations est facile. L'absence de règles, l'imperforation du vagin, qu'on peut ordinairement constater par l'examen, l'apparition d'une tumeur occupant la place des cavités génitales, sont des signes qui, réunis, sont pathognomoniques.

La membrane limitante est dépressible, quoique assez épaisse pour que les ruptures spontanées soient fort rares. La vulve est saillante, le périnée bombé, si bien que nous pouvons comparer cette tension à celle de la poche des eaux pendant l'accouchement.

Nous devons apporter beaucoup de ménagements dans l'examen de ces tumeurs de crainte d'amener une rupture.

Abandonnées à elles-mêmes, ces collections sanguines sont d'un pronostic grave. L'évacuation spontanée n'est pas suffisante ou bien l'ouverture est trop petite et l'hématocolpos se reforme. Ou bien les nouveaux accidents de rétention peuvent s'aggraver par la suppuration, la cavité pouvant s'infecter.

Jadis, avant l'ère antiseptique, l'ouverture de ces grandes collections entraînait la septicémie, si bien que

Boyer, Dupuytren, Cazeaux, regardaient l'intervention comme téméraire.

Actuellement, nous pouvons dire que l'indication chirurgicale est absolue. Les très nombreux succès témoignent de l'innocuité de l'intervention.

Le traitement est chirurgical, rien que chirurgical.

CONCLUSIONS

De l'ensemble de notre thèse, il semble que nous pouvons conclure :

1° De par l'embryologie, les malformations congénitales du vagin s'expliquent.

Le canal de Müller s'est arrêté dans son développement, qui va de haut en bas, à des époques différentes. Nous avons alors par ordre d'apparition : l'absence complète de vagin, la présence d'un tiers supérieur, la présence de deux tiers supérieurs, enfin l'imperforation de la partie inférieure.

Un canal de Müller manque, nous avons alors absence d'organes génitaux d'un côté.

Le vagin est-il cloisonné ? La paroi intermüllérienne n'a pas disparu.

L'abouchement du rectum dans le vagin s'explique par le défaut de cloisonnement du cloaque.

2° La conduite à tenir est variable.

A) Nous n'avons pas de douleurs ; les organes génitaux sont atrophiés et n'exercent pas leur fonction. Dans ce cas, il faut s'abstenir d'intervenir.

B) Nous avons des douleurs d'hématométrie périodiques, allant crescendo. Que doit-on faire ?

a) Au toucher, on ne remarque pas de poche bombant au périnée, pas de tumeur. C'est l'indication du vagin artificiel.

b) Au toucher, on reconnaît une tumeur (hématocolpos), bombant au périnée ou sur le rectum. L'indication de l'ouverture de l'abouchement à la vulve est formelle.

Dans ces différents cas, nous sommes dans le domaine de la chirurgie.

Les collections sanguines, abandonnées à elles-mêmes, peuvent être un danger. L'intervention supprime les douleurs et rétablit la circulation menstruelle interrompue.

BIBLIOGRAPHIE

- NEIL (H.). — Un cas curieux d'occlusion de la vulve (Revue générale de chirurgie et de thérapeutique).
- BANDLER (S.-W.). — Operation for restoration of the vagina with large rectocele (1919).
- KENTON (F.). — Gynatresia congenital and acquired. Reports of cases (Memphis, 1918).
- BALDWIN (J.-F.). — Complete atresia and disappearance of vagina.
- ADEOTATE (J.). — Sobre uno caso de atresia vaginal (Brazil med. Rio de Janeiro, 1918).
- MOIROUD (P.). — L'hématométrie latérale simple dans les cas de bifidité utérine (Revue mensuelle de gynécologie et d'obstétrique, 1914).
- L'hématométrie latérale (Thèse Lyon, 1913).
- QUÉNU et SCHWARTZ. — Création d'un vagin en cas d'absence de ce conduit par greffe d'une anse intestinale (Revue de chirurgie, 1913).
- BROUHA. — Un cas de confection de vagin artificiel au moyen d'une anse d'intestin grêle (Le Scalpel et Liège méd., 1913).
- ALBRECHT. — Sur la création d'un vagin artificiel dans les cas d'absence congénitale de ce canal (Dtsch. Ztschr. f. Chir., 1913).
- HOLSTÉ. — Vagin cloisonné avec utérus simple (Zentralbl. f. Gyn., 1913).
- POIRIER. — Traité d'anatomie humaine.

TESTUT. — Traité d'anatomie humaine.

Bulletins de la Société d'obstétrique et de gynécologie.

GROSS. — Hématométrie, hémato-colpos dans le cas de duplicité
du canal génital (Thèse, 1899).

MANOLESCO. — Malformations utéro-vaginales congénitales (Thèse
Paris, 1897).

PICOT. — Thèse Paris, 1891.

MARQUIS. — Traitement des abouchements anormaux du rectum
(La Gynécologie, janvier 1914).

ROUTIER. — Bull. et Mémoires de la Société de chirurgie, 1912.

PUPPEL. — Zentr. f. Gyn., 1910.

STOUKEL. — Centr. f. Gyn., 1912.

VU ET FERNIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 18 mars 1920.

Le Recteur,

Jules COULET.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 17 mars 1920.

Le Doyen,

MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.

